

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Février 1899, à 1 heure

PAR

P. FOURNIER

Né à Saint-Palais (Gironde) le 19 novembre 1872

CHIRURGIE DE LA CAISSE

DANS

L'OTORRHÉE

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

GILLES DE LA TOURETTE et
MAUCLAIRE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Février 1899, à 1 heure

PAR

P. FOURNIER

Né à Saint-Palais (Gironde) le 19 novembre 1872

CHIRURGIE DE LA CAISSE

DANS

L'OTORRHÉE

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

GILLES DE LA TOURETTE et

MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		FOUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENÉ.
		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUD.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement		BUDIN.
		PINARD

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.
AACHARD.	GLEU.	REITERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et que elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Meis et Amicis

A Monsieur le Docteur Guément

Professeur libre d'otologie, de rhinologie et de laryngologie
à la polyclinique de Bordeaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE]

Monsieur le Professeur Terrier

Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Parmi le dur labeur de notre thèse, il nous aura été donné d'accomplir une tâche aimable et douce entre toutes ; celle d'offrir aux différents maîtres qui nous ont suivi dans le cours de nos études médicales, l'expression de notre cordiale et profonde gratitude.

Les sympathies que nous ont toujours témoignées à Bordeaux, MM. les D^{rs} Demons, Villar et Cassaët, nous ont créé une dette de reconnaissance à laquelle nous ne songerons jamais à nous soustraire.

M. le D^r Guement, qui fut pendant trois ans, l'excellent maître, nous a prodigué au milieu de marques constantes d'un amical intérêt, l'enseignement le plus précieux ; il nous a appris à connaître et à aimer en nous guidant à travers ses mystérieuses complications, une spécialité à laquelle nous avons emprunté notre sujet.

Nous sommes heureux de lui exprimer ici, notre durable reconnaissance en même temps que nous l'assurons de notre entier dévouement.

En arrivant à Paris, l'accueil que nous avons

trouvé auprès de M. le D^r Lermoyez, nous fait un devoir de le citer parmi ceux qui auront place dans notre souvenir.

M. le D^r Luc, qui nous a ouvert toutes grandes les portes de sa clinique, nous a offert l'occasion d'acquiescer au développement de ses théories et à leurs discussion des connaissances nouvelles, qui ont en grande partie inspiré notre travail. Son aide précieuse et sa critique bienveillante font de notre thèse, un écho de ses idées et de nous un disciple reconnaissant.

M. le professeur Terrier, en nous faisant l'insigne honneur d'accepter le patronage de ce modeste travail, nous fera aussi celui d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.



INTRODUCTION

L'écoulement de l'oreille étant un phénomène secondaire, un symptôme d'affections le plus souvent fort diverses, et non pas une entité morbide particulière, vouloir faire l'étude des nombreuses lésions qui l'engendrent serait entreprendre l'étude de la pathologie auriculaire toute entière. Tel n'est point notre but, aussi donnerons-nous à l'otorrhée une signification autre que celle exigée par son étymologie.

Laissant de côté les suppurations ne venant pas de la caisse ou ne se propageant à cette cavité, les écoulements d'origine superficielle avec tendance manifeste à la résolution spontanée, nous considérerons l'otorrhée comme symptôme d'une infiltration septique profonde avec ou sans lésion osseuse intracavitaire ou pariétale.

Ainsi envisagée, l'otorrhée devient une *maladie chronique* contre laquelle le traitement exclusivement médical le plus actif échoue presque fatalement, si l'otologiste ne fait pas en même temps œuvre de chirurgien.

Le spécialiste toutefois n'est pas pour cela obligé de recourir d'emblée à l'ouverture large de la caisse.

Entre cette opération radicale et la thérapeutique médicale proprement dite, il y a place pour des interventions moins graves que la première et plus actives que la seconde. En présence d'une suppuration tenace, l'otologiste visant toujours un résultat radical s'adresse peut être trop facilement à la grande chirurgie ; la trépanation de l'apophyse mastoïde est une opération grave, à la fois par elle-même et par ses suites, et le spécialiste, à moins d'indications formelles, a le devoir de s'adresser tout d'abord à ce que nous appellerons la petite chirurgie de la caisse : le curetage de cette cavité et l'ablation des deux premiers osselets,

Les hésitations de notre maître, le D^r Luc, à intervenir largement par voie rétro-auriculaire, sa persévérance à poursuivre par les orifices naturels le foyer de la suppuration nous ont permis d'apprécier la valeur d'une intervention, qui représente pour la malade un traumatisme relativement léger et dont les suites en général courtes se terminent par un résultat le plus souvent heureux.

Ce premier pas de la chirurgie auriculaire fera donc l'objet de notre *thèse* : et nous croirons avoir atteint notre but, si exposant clairement les cas où il s'impose, nous pouvons aussi faire ressortir les avantages d'une thérapeutique qui, pour être exécutée par le conduit auditif externe, n'en reste pas moins une opération toujours délicate et souvent radicale.

Tableau clinique des suppurations de la caisse

Décrite d'une façon complète dans la plupart des traités classiques d'anatomie, nous ne ferons pas ici une description détaillée de la caisse ; mais, le point de vue clinique auquel nous nous plaçons nous oblige à exposer brièvement la façon spéciale dont nous envisagerons cette cavité.

Si, au début de l'otorrhée, alors que l'infiltration septique est superficielle, la caisse toute entière est généralement envahie par les germes morbides, il n'en est plus ainsi quand, devenues plus profondes, les lésions altèrent gravement la muqueuse et les parties sous-jacentes. Elles forment alors des entités morbides distinctes, et ne tenant aucun compte des six parois décrites par l'anatomiste, elles se cantonnent de préférence dans une région.

D'accord avec les faits cliniques, nous ferons passer par l'apophyse du marteau un plan fictif perpendiculaire à la membrane du tympan et divisant ainsi l'oreille en deux étages : l'un supérieur, recessus

épitympanique ou attique, l'autre inférieur, ou caisse proprement dite, nous considérerons successivement chacune de ces nouvelles cavités.

La première, d'une architecture complexe et délicate, nous intéressera tout spécialement par la marche, les signes distinctifs et le traitement de ses suppurations ; tandis que la seconde, à parois relativement lisses et sans cloisonnement, nous arrêtera peu, donnant le plus souvent naissance à l'otorrhée simple et tributaire d'une thérapeutique plutôt timorée.

I. Etage inférieur ou caisse proprement dite

En dehors de l'examen méthodique de l'oreille, la symptomatologie de ces suppurations est des plus pauvres. Nous insisterons peu sur ces signes extérieurs, ces phénomènes subjectifs auxquels l'otologiste sans ressource ajoutait jadis une grosse importance. Sécrétion, perforation, diminution de l'ouïe et parfois douleur sont autant de signes communs à toute suppuration d'oreille quelle qu'en soit la cause, et, s'ils nous permettent de faire le diagnostic d'otorrhée, ils nous renseignent en rien sur la nature et les lésions qui l'engendrent.

L'abondance ou non de la sécrétion, les qualités du pus, la plus ou moins grande diminution de l'ouïe, sont des signes bien incomplets, sinon trompeurs. Si parfois, une hémiparésie faciale complète, avec réaction de dégénérescence précoce, une perte totale de l'audition ou des débris de cholesteatome ne venaient éveiller notre attention, rien, en dehors de l'inspection de l'oreille, ne pourrait nous renseigner sur le degré de gravité d'un cas déterminé.

Pour nous, toutes les otorrhées ne se ressembleront pas, et armé du miroir et du stylet, nous poursuivrons les lésions dans leurs replis les plus cachés pour déduire de leur nature et de leur siège des nuances de pronostic et une thérapeutique efficace.

En partie visible par le conduit (saillie osseuse de l'oreille interne) en partie caché (recessus hypotympanique) l'étage inférieur de l'oreille moyenne se prête d'autant plus facilement à notre investigation que les perforations qui en accompagnent les lésions sont généralement larges. — Le recessus hypotympanique échappe à notre vue, c'est vrai, mais un stylet recourbé peut aisément explorer cette gouttière, qui du reste, suppure rarement *per se* vu la régularité de ses parois et la perméabilité de sa large communication avec la caisse.

Suivant une marche méthodique nous considérerons :

Le liquide qui aura servi au lavage de l'oreille avant l'examen otoscopique.

La perforation du tympan.

La caisse elle-même.

Le lavage qui précède l'examen d'une oreille qui suppure, n'a pas seulement pour but de débarrasser le conduit ou la caisse du pus et autres produits pathologiques pouvant gêner la vue, il a aussi une valeur propre et le spécialiste ne doit pas craindre de fixer sur lui son attention.

En outre du pus qui stagne si volontiers dans le recessus hypotympanique, partie déclive de la caisse, le liquide employé peut ramener, soit des fongosités, des pseudo-polypes, soit des lamelles épidermiques brillantes, nacrées qui se laissent difficilement imbibber par l'eau et ont une signification pronostique toute particulière.

L'oreille nettoyée et séchée, on procède alors à l'examen otoscopique. — On voit tout d'abord la membrane du tympan dont la perforation tantôt large, tantôt petite et même difficile à découvrir, répond en général dans le premier cas aux lésions de l'étage inférieur, dans le second à celles de l'attique ou logette des osselets.

Les destructions de la membrane du tympan, dans l'otorrhée symptomatiques de lésions de la caisse proprement dite, sont ordinairement vastes; elles portent l'empreinte d'un travail destructif profond, travail produit au moment de la maladie infectieuse cause première de l'otite, et dont la virulence n'a pas permis une réparation complète et spontanée des lésions.

Variables dans leurs sièges elles le sont aussi dans leurs formes. — Il peut n'exister qu'une seule perforation (ronde ou ovale), occupant le segment antérieur ou postérieur du tympan; mais le plus souvent, affectant une forme semi-lunaire, elles embrassent dans leur concavité le manche du marteau

et atteignent les deux segments à la fois. Dans ces conditions, l'ulcération pouvant aller jusqu'aux attaches inférieures de la membrane et remonter plus ou moins haut le long du manche du marteau, nous aurons au-dessous de l'ombilic des types différents variant depuis la simple esquisse de la forme rénale jusqu'à la destruction presque complète du tympan. Une mince bordure périphérique sera dès lors la seule trace de cette membrane, dont la disparition nous permettra de voir : en bas et en avant la fenêtre ronde, en haut et en arrière l'articulation de l'enclume et de l'étrier, et au milieu « pendu comme une stalactite » ou dévié en dedans, le manche du marteau dénudé mais intact ou au contraire plus ou moins détruit par l'ostéite et réduit à un moignon informe.

En présence de ces larges perforations dont les bords secs et cicatrisés (lorsqu'ils ne prennent pas part à la suppuration) laissent facilement voir le fond de la caisse, l'otologiste peut se demander si l'étage inférieur prend une part active à la suppuration ou s'il est simplement une voie d'écoulement pour un pus dont il faudra chercher ailleurs l'origine — l'examen otoscopique nous donnera encore ici de précieux renseignements.

Lorsque la caisse participe activement au processus inflammatoire suppuratif elle devient le siège de modifications appréciables et variées. Tantôt c'est avec un aspect rougeâtre couleur lie de vin qu'elle

s'offre à notre regard, tantôt au contraire avec une teinte blanchâtre plus ou moins brillante.

Dans le premier cas la muqueuse a subi la transformation fongueuse, et son tissu caractérisé par une mollesse extrême a une tendance manifeste à saigner au moindre attouchement. Pédiculés ou non, les bourgeons charnus qui la recouvrent ont la même structure, mais tandis que les premiers forment des masses polypeuses envahissant le conduit auditif avec leurs racines sur les bords de la perforation, sur les osselets, les parois de la caisse, ou même l'aditus; les seconds, étalés en surface, couvrent plutôt la paroi labyrinthique et semblent avoir une insertion plus profonde.

Dans le second cas l'aspect est tout différent; l'épithélium vibratile qui normalement revêt la muqueuse, a fait place à des cellules plates indice d'une transformation épidermique, et la surface interne de la caisse d'un gris sale est le siège d'une desquamation continue.

Enlevés à l'aide d'un stylet ou de la curette, ces débris épidermiques laissent voir une surface rougeâtre recouverte de petits bourgeons charnus qui entretiennent la suppuration.

On ne saurait trop insister sur cet aspect trompeur de la caisse, qui simulant la guérison, ne fait en réalité que masquer les lésions sous un épiderme

blanchâtre et plus ou moins nacré c'est vrai, mais aussi moins sec, moins brillant, moins solide que l'épiderme symptomatique de la vraie guérison.



II. Etage supérieur ou Attique

L'attique est cette partie de l'oreille moyenne qui cachée à notre vue par le mur de la logette des osselets, renferme avec ces derniers une foule de ligaments et de replis membraneux qui font de cet étage une cavité multiloculaire.

L'importance de l'otorrhée qui prend naissance dans cet étage est grande et le pus qui s'enécoule affecte en général une marche spéciale ; il gagne le conduit à travers une perforation de cette région de la membrane tympanique connue sous le nom de membrane flaccide ou membrane de Shrapnell. — Limitée en haut par la fente de Rivinus (marge tympanique de Henle), elle répond en bas à deux courtes bandelettes tendues en ligne droite et allant des angles de la fente de Rivinus au sommet de la courte apophyse du marteau (Prussak.)

Les suppurations de l'attique se présentent à nous sous des allures cliniques toutes particulières ; malgré leur réelle gravité, elles se développent parfois d'une manière insidieuse, et les malades interrogés

sur les causes apparentes ou le début de leur affection ne vous donnent le plus souvent que des renseignements très vagues.

Si vous demandez aux sujets atteints de cette variété d'otite pourquoi ils viennent vous consulter, les uns se plaindront d'un léger suintement d'oreille tenace et fétide malgré des lavages répétés, d'autres accuseront en outre une sensation de pesanteur dans la moitié correspondante de la tête et même des vertiges, enfin une dernière catégorie d'individus se présentera avec un écoulement si insignifiant que c'est un tout autre motif qui les aura conduit près de vous.

Comme pour l'étage inférieur de l'oreille moyenne les symptômes subjectifs et l'interrogatoire des malades ne nous donneront que de faibles présomptions — l'examen otoscopique seul saura nous fournir des renseignements précieux sur les particularités si caractéristiques des suppurations de l'attique. Suivant pour plus de clarté la même méthode d'exploration que pour la caisse proprement dite, nous étudierons successivement le liquide qui aura servi au lavage, la nature et le siège de la perforation, enfin l'intérieur de l'attique.

Le lavage explorateur se fait ici par des injections indirectes à l'aide d'un instrument spécialement coudé : la canule de Hartmann. Il suffit de considérer une coupe verticale de l'oreille moyenne pour voir

combien grande est la différence de niveau qui existe entre la paroi supérieure du conduit et celle de la caisse. Cette différence qui précisément correspond à la hauteur de l'attique, à la cavité de Shrapnell, nous montre assez combien peu efficace serait un lavage fait dans l'axe du conduit.

Introduite sous le bord supérieur de la perforation en ayant soin de diriger en haut son orifice, la canule de Hartmann donne un jet qui, par ricochet, pénètre les anfractuosités de l'étage supérieur de la caisse. Sous l'influence du liquide injecté, nous verrons sortir une proportion relativement considérable de déchets pathologiques, et notre surprise sera d'autant plus grande que la perforation de la membrane flaccide, petite, laisse suinter ordinairement une quantité de pus insignifiante. Cette disproportion entre la petitesse de la perforation de la membrane de Shrapnell et la grande quantité de débris retirés de l'étage supérieur de la caisse, éveille déjà en nous la possibilité d'une rétention purulente. Cette idée tend à se confirmer de plus en plus, si nous portons notre attention sur la nature même des produits expulsés.

Le pus offre en effet des caractères particuliers : il est concrété et fétide, double particularité qui dénote un séjour plus ou moins prolongé dans le foyer morbide, tandis que de nombreuses lamelles épidermiques tantôt isolées, tantôt imbriquées, indiquent

nettement une réaction pathologique des parois de l'attique consécutive à la stagnation du pus.

Le lavage de l'attique, tout en ayant l'avantage d'aider à fixer notre diagnostic, aura aussi celui de nettoyer la cavité suppurante, condition indispensable à l'examen minutieux des lésions.

Le tympan, le premier, se présente à notre regard, mais tandis que dans l'étage inférieur la perforation vaste était évidente, ici elle est petite, il faut la chercher. Abaissant le pavillon du spéculum, on éclaire la partie supérieure du tympan et l'on découvre souvent entourée ou non de fongosités, la fistule flaccidienne pathognomonique des suppurations de l'attique. Rarement le pus se fait jour dans la caisse et emprunte une perforation au segment inférieur du tympan ; son siège de prédilection est toujours au-dessus de la petite apophyse du marteau au niveau de la membrane de Shrapnell. Burnett, précisant davantage, divise en antérieure, centrale et postérieure, les perforations de la membrane flaccide pour tirer de ces sièges divers une signification pathogénique différente. Sans vouloir entrer dans des détails aussi subtils et à l'exemple de notre maître le D^r Luc, nous insisterons seulement sur le type spécial de ces perforations, suivant qu'elles accompagnent une suppuration récente ou ancienne.

Lorsque la maladie est reconnue à une époque relativement voisine de son début, la perforation a

de très petites dimensions, occupe de préférence la partie antérieure et ne descend pas tout-à-fait jusqu'à la petite apophyse du marteau. Quand, au contraire, l'otorrhée remonte à un grand nombre d'années, le travail ulcératif a non seulement détruit la totalité de la membrane flaccide mais il a gagné le rebord osseux auquel s'attache la partie supérieure de la membrane.

Quel que soit le siège et les dimensions de la perforation la maladie se complique rapidement. Les nombreuses logettes qui constituent cette cavité sont malheureusement plus propres à l'extension de l'infection qu'à l'écoulement du pus et celui-ci par le fait de sa stagnation s'altère, devient irritant et provoque bientôt une ostéite fongueuse des osselets et de leur logette. Dès lors des lamelles brillantes et nacrées (cholesteatome), des fongosités, font leur apparition au milieu du pus, pendant que les lésions destructives englobent dans la perforation flaccidienne le rebord osseux voisin de la membrane et traversent la tête des deux premiers osselets, leur articulation ou leur ligament suspenseur pour envahir la région interne de leur logette.

Dans ces conditions anormales, la paroi externe de la loge des osselets, derrière laquelle se cache la tête de ces derniers, étant atteinte, nous pouvons apercevoir une partie plus ou moins grande des détails anatomiques d'une cavité qui normalement se

dérobe à nos regards. On peut, en effet, si des masses bourgeonnantes ou cholesteatomateuses ne nous gênent pas, distinguer non seulement la tête de l'articulation du marteau avec l'enclume mais encore la niche de la fenêtre ovale et parfois la saillie faite au dessus d'elle par l'aqueduc de Fallope.

Quant à la nature même des lésions osseuses, elle est très délicate à déterminer ; si parfois, le stylet heurtant une surface plus ou moins dénudée transmet à notre doigt une sensation spéciale, il lui est souvent difficile de nous renseigner sur le siège et les limites précises de la partie malade. Les osselets échappent facilement à nos moyens d'investigations et bien que Schwartz et Grunert aient donné certaines images otoscopiques comme symptomatiques des lésions du marteau ou de l'enclume, il est souvent impossible de diagnostiquer la part d'altération qui revient à chacun d'eux. Nous insisterons d'autant moins sur une question aussi délicate que les indications thérapeutiques restent les mêmes, que le marteau et l'enclume soient séparément ou simultanément atteints.

Avant de terminer ce tableau clinique nous ferons remarquer qu'abandonnées à elles-mêmes ou traitées par des pratiques empiriques, de telles lésions n'ont aucune tendance à guérir spontanément ; elles continuent à évoluer insidieusement jusqu'au jour où une

complication intra-cranienne vient mettre la vie du malade en danger et nécessiter une sérieuse intervention chirurgicale.



Traitement des suppurations de la caisse

L'otorrhée, loin d'être un exutoire salulaire, est pour nous symptomatique d'un danger permanent et mérite à ce titre une thérapeutique active.

Les suppurations de l'oreille moyenne se présentant à l'examen otoscopique avec des signes objectifs variant suivant leur ancienneté et le degré atteint par les lésions; les indications thérapeutiques varieront aussi d'après ces aspects différents. Dès lors, si l'on admet que tout traitement chirurgical doit être gradué d'après les lésions, allant des plus superficielles aux plus profondes, nous étudierons successivement les ressources thérapeutiques applicables aux fongosités et aux ostéites pariétales et surtout intra-cavitaires.

Avec intention nous passerons sous silence ces otorrhées d'origine récente, dont les lésions encore minimales se traduisent par une légère hyperhémie de la muqueuse avec écoulement facile du pus à travers une perforation plus ou moins large. Ces suppura-

tions ont en général une tendance manifeste à se tarir d'elles-mêmes et il nous suffira de savoir que deux conditions s'imposent pour hâter ce résultat : 1° maintenir aseptique le foyer morbide ; 2° agrandir la perforation si elle est trop petite ou mal placée.



Otorrhée symptomatique de lésions fongueuses

Quelle que soit la forme affectée par le tissu fongueux (pédiculée ou non), son pronostic reste toujours le même ; il est l'indice d'une suppuration chronique dont la guérison ne saurait être obtenue sans sa propre disparition. C'est lui qui provoque et entretient l'otorrhée, c'est contre lui que nous dirigerons tout d'abord nos efforts thérapeutiques.

Disons dès maintenant que le seul traitement de ces fongosités est leur ablation, que nombreux sont les procédés opératoires employés dans ce but et qu'en général ils varient suivant la forme sous laquelle ce tissu se présente.

Lorsque les bourgeons charnus ont un volume suffisant, un aspect pédiculé, une tendance plus ou moins grande à s'échapper par le conduit, c'est tout d'abord à un procédé essentiellement élémentaire que nous avons recours : une irrigation pratiquée avec force dans le conduit suffit en effet dans certains cas

à déterminer l'expulsion du pseudo-polype (Hartmann).

Malheureusement ces cas sont rares ; le plus souvent la fongosité résiste, c'est alors au serre-nœud qu'il faut s'adresser. Cet instrument, dont le fil constricteur peut être en fer flexible et mince, en argent, ou même un simple crin de florence, a l'avantage de toujours saisir la masse bourgeonnante, mais aussi le tort de respecter le pédicule ; l'opération est alors incomplète et pour l'achever il faudra, soit à l'aide d'une curette fine, soit avec un caustique et de préférence le chlorure de zinc (1/5), détruire la base d'implantation du polype.

La section du bourgeon fongueux avec le serre-nœud, si méthodique qu'elle puisse être, reste parfois impuissante : le polype à peine enlevé récidive. Tantôt faisant hernie dans le conduit auditif à travers une perforation flaccidienne, tantôt apparaissant dans l'étage inférieur de la caisse, derrière une perforation du segment inférieur du tympan, il est dans les deux cas symptomatique d'une ostéite fongueuse des parois de la logette des osselets ou de son contenu. Ses racines sont profondes, échappent au serre-nœud, mais ne justifient pas pour cela une intervention beaucoup plus compliquée.

Le curettage du foyer morbide trouve ici son indication, et nous pouvons affirmer qu'il peut entre des doigts exercés donner des résultats inespérés.

On commence tout d'abord par insensibiliser la région malade à l'aide d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au tiers. La tête du patient reposant par son côté opposé sur un oreiller, on maintient dans l'oreille quelques gouttes de la solution précédente préalablement chauffée. Après au moins dix minutes, le malade, dont un aide fixe solidement la tête, est placé en position otoscopique.

On introduit alors le long de la fongosité, une curette de longueur proportionnée à celle de la perforation et légèrement coudée au voisinage de son extrémité. D'un seul coup, l'instrument, ramené au dehors, doit cueillir la plus grande partie, sinon la totalité du pseudo-polype. Introduite de nouveau dans le foyer et toujours sous le contrôle de la vue, la curette sera orientée successivement et systématiquement de façon à exercer son action dans toutes les directions.

Avant de terminer cette petite opération par un pansement à fond avec la gaze iodoformée, on aura soin de faire une injection chaude d'eau oxygénée à 12 vol. Ce lavage aura l'avantage de chasser les produits curettés, d'arrêter l'écoulement sanguin, et de préparer ainsi la surface d'implantation à se laisser pénétrer par un badigeonnage au chlorure de zinc 1/5 ou 1/10.

L'otologiste n'a pas toujours affaire à des fongosités isolées ou pédiculées, il peut se trouver en pré-

sence d'une transformation fongueuse plus ou moins étendue de la muqueuse de la caisse. Dès lors, avant de s'adresser à la curette, il sera souvent tenté d'employer d'emblée le chlorure de zinc, ou de recourir en présence de petites granulations soit aux caustiques chimiques, soit à l'alcool préconisé par Politzer, soit enfin au galvano-cautère sous forme d'une tige de platine à extrémité aplatie.

... Ici encore nous ne cacherons pas notre préférence pour la curette, dont nous avons pu si souvent apprécier les effets heureux entre les mains de notre maître le D^r Luc.

Son maniement délicat dans une cavité dont le voisinage du facial nous rend déjà méfiant, nous met trop souvent en garde contre son emploi ; notre abstention n'est pas justifiée, l'existence de ce danger ne peut que nous imposer une grande prudence. (Observation X).

L'opérateur n'oubliera pas qu'en présence de ces fongosités diffuses et saignant facilement la vue n'est le plus souvent d'aucun secours et que le toucher seul pourra le guider. Exécuté sans violence, le grattage doit être fait avec une légèreté de main telle, que la curette ne doit abandonner une région qu'après avoir transmis aux doigts une sensation de surface osseuse parfaitement unie. Pendant la durée de ces manœuvres un aide vigilant peut surveiller le visage de l'opéré, y surprendre les moindres contractions

musculaires et prévenir ainsi un contact malheureux.

L'otologiste enfin, bien pénétré de la région où il opère, « se rappellera que le point dangereux est situé en arrière de la fenêtre ovale, presque à l'union de la paroi interne et de la paroi postérieure de la caisse, en avant et au-dessous de l'orifice de l'aditus, au moment où le nerf s'infléchit pour se porter en bas et au dehors. A ce niveau le canal du facial fait, en effet, une légère saillie ; d'autant plus appréciable qu'en avant d'elle se trouve l'infundibulum de la fenêtre ovale ; la curette après avoir rencontré le promontoire tombe dans cet infundibulum et accroche la saillie du canal. C'est à ce niveau qu'il faut se garder d'agir avec violence, car cette saillie correspond au point où la paroi du nerf est le plus mince et parfois même incomplète » (thèse de Millet 1898).

Plusieurs jours ou plusieurs semaines après le curettage de la caisse on pourra apprécier son succès ou son échec. Dans le premier cas, la destruction des fongosités est définitive, il y a diminution progressive de la suppuration ; dans le second cas les végétations tendent à se reproduire, la suppuration persiste.

C'est alors, mais alors seulement, le curettage ayant révélé son impuissance, qu'il faudra recourir à un procédé opératoire plus actif : l'ablation des deux premiers osselets.

Otorrhée symptomatique de lésion osseuse

Lorsqu'après le curttage méthodique de la caisse, la suppuration persiste, on doit songer à des lésions osseuses intra-cavitaires ou pariétales. Un osselet carié forme un sequestre dont l'élimination lente entretient l'écoulement purulent et la guérison ne saurait être obtenue sans son entière disparition.

Dans toutes circonstances il sera prudent d'associer l'extraction de l'enclume à celle du marteau. C'est l'opinion de Kessel, de Sexton et de Ludwig, opinion justifiée par la physiologie et l'anatomie pathologique; le plus souvent, en effet, l'enclume participe à la carie du marteau, et même sain, « il devient inutile à la transmission des ondes sonores, le mouvement de sonnette impliqué à la chaîne des osselets ayant disparu du fait de la perte du premier osselet. »

Les faits ne sont pas moins probants et Lubet Barbon (thèse de Weissmann 1893), a dû dans trois cas revenir à l'ablation de l'enclume après l'extraction du marteau en présence de la reproduction des fongosités et de la persistance de la suppuration. « L'opération se fait dès lors dans des conditions d'autant moins favorables que cet osselet a perdu ses rapports

normaux et contracté des adhérences en mauvaise position. »

L'intervention douloureuse nécessite l'anesthésie, mais ici se pose une question relativement délicate ; faut-il employer l'anesthésie locale ou générale ?

Tout en laissant à chaque auteur l'initiative du choix, nous ne cacherons pas notre préférence pour le chloroforme.

L'anesthésie produite par une solution tiède de chlorhydrate de cocaïne ($\frac{1}{3}$) laissée au moins dix minutes dans l'oreille du patient, nous permet, c'est vrai, d'opérer le malade en position otoscopique, mais c'est là un faible avantage par rapport à ses inconvénients.

Elle exige de la part de l'opérateur et de l'opéré des conditions spéciales. Le premier doit posséder une habileté suffisante pour opérer rapidement et sans tatonnement, tandis que le second doit avoir un sang-froid, une endurance que l'on trouvera seulement chez un homme adulte et vigoureux.

L'insensibilité produite est en effet toute relative : le même système de cloisonnements multiples qui s'oppose au facile drainage du pus, met aussi obstacle à la diffusion de l'agent anesthésique. Cette insensibilité aura donc le double inconvénient d'être très minime et de mettre l'otologiste dans l'obligation de la renouveler souvent pendant l'opération. Nous citerons enfin pour être complet le Bromure

d'éthyle et le mélange du D^r Bonain (de Brst) (1) dont l'emploi ne nous semble pas indiqué ici : le premier donne une insensibilité de beaucoup trop éphémère, tandis que le second par sa richesse en acide phénique a le tort d'être très caustique et de défigurer le champ opératoire.

Pour ces raisons nous donnons la préférence à la narcose générale contre-indiquée seulement par le fait de quelque tare organique.

Les préparatifs opératoires fort simples obligent cependant l'otologiste à se munir de certains instruments spéciaux, tels que l'anneau de Delstanche, le levier de Ludwig et une pince fine à articulation terminale ; joignant à cela quelques bistouris fins, des stylets et des curettes plus ou moins coudées, il complètera enfin ce petit arsenal par des solutions antiseptiques (formol 1/1000, eau oxygénée à 12 vol) et les instruments nécessaires pour un pansement post-opératoire.

L'opération se réduit à quatre temps :

- 1^o Circoncision de la membrane du tympan.
- 2^o Mobilisation du manche du marteau.
- 3^o Extraction du marteau.
- 4^o Extraction de l'enclume.

(1) Le mélange du D^r Bonain surtout employé dans la paracentèse du tympan se compose de :

Phénol.....	2 grammes
Menthol.....	} à 1 gramme
Chlorhyd. de cocaïne.....	

La membrane du tympan peut être plus ou moins détruite ; dans les perforations de Shrapnell elle est ordinairement entière et l'otologiste doit tout d'abord s'attaquer à elle.

L'incision commencée au niveau de la perforation fera le tour du cadre d'insertion tympanique et ainsi libérée de ses attaches périphériques elle sera retirée aussitôt, à l'aide de fines pinces, ou saisie au temps suivant avec le manche du marteau, dans un instrument spécial : l'anneau de Delstanche.

L'écoulement sanguin qui accompagne la section du tympan sera arrêté par un lavage à l'eau oxygénée, et c'est seulement après qu'on pourra avec fruit tenter la mobilisation du manche du marteau.

Le marteau normalement maintenu en place par son adhérence à la membrane tympanique, par l'attache du tendon de son muscle en arrière du col, et par son articulation avec l'enclume, ne saurait être extrait, si l'otologiste ne pratiquait tout d'abord la rupture de ces liens.

La mobilisation du premier osselet est de beaucoup simplifiée grâce à l'anneau de Delstanche. Son mode d'action exempt de danger en fait un instrument précieux, dont nous empruntons à l'auteur même la description du maniement : « Je cherche d'abord à engager dans l'anneau de mon instrument l'extrémité du manche du marteau, ce qui est généra-

lement facile ; puis j'imprime à l'osselet des mouvements de latéralité et de dedans en dehors sous l'influence desquels, ainsi que je l'ai souvent constaté sur le cadavre, la tête du marteau ne tarde pas à se détacher de ses annexions articulaires avec l'enclume et à acquérir une grande mobilité, et je fais progresser l'anneau le long du manche, jusqu'à ce que sa portion coupante se trouve en contact avec le tendon du tenseur, et on opère la section à l'aide de mouvements de scie.

L'anneau continue ensuite son ascension aussi haut que le permet l'encadrement tympanal, et après avoir répété à ce niveau, ses mouvements de latéralité et ses tractions vers l'extérieur pour rompre les dernières adhérences, il ne reste qu'à attirer l'instrument au dehors en rasant la paroi supérieure du conduit pour faire basculer le marteau et l'entraîner dans le canal auditif et parfois même en obtenir l'élimination complète sans le secours de la pince ».

Le plus souvent l'instrument de Delstanche se contente de mobiliser le manche du marteau et c'est au serre-nœud ou à la pince à articulation terminale qu'il faut demander la réalisation du troisième temps : l'extraction du premier osselet.

Entre ces deux instruments se pose une question de supériorité que notre pratique personnelle ne nous permet pas de résoudre ; mais nous emprunterons à notre maître le Docteur Luc, une opinion que

nous croyons la bonne, car elle est basée sur de nombreux et d'heureux résultats opératoires. Pour lui le serre-nœud a le grave inconvénient de ne transmettre au doigt aucune notion du degré de constriction exercé par le fil ; d'où la section fréquente de l'appendice osseux, l'échec de l'opération. La pince au contraire permet de saisir l'osselet avec une force suffisante pour qu'il ne puisse s'échapper, en même temps que la largeur de ses mors empêche le plus souvent sa section (Obs. IX).

Quel que soit l'instrument avec lequel le marteau aura été saisi, une règle impérieuse préside au succès de l'opération : ne jamais faire basculer le manche du marteau de dedans en dehors : extraire toujours l'osselet en tirant *directement de haut en bas*.

L'ablation de l'enclume qui constitue le dernier temps de l'opération se fait à l'aide du levier de Ludwig, et est forcément exécutée à l'aveugle, cet osselet se dissimulant plus ou moins derrière la paroi externe de la logette. Les mouvements de rotation en avant et en arrière destinés à rechercher l'enclume seront pratiqués avec douceur. La sensation tactile encore ici joue un grand rôle : tandis que l'opérateur doit déplacer son instrument s'il rencontre une surface osseuse résistante, il devra au contraire insister si cette surface semble céder à des pressions modérées. — Libéré de ses attaches, une irrigation forte ramè-

nera l'osselet dans le cas où une pince fine n'aurait pu le saisir.

En réalité l'opération n'est pas encore achevée et il est tout indiqué de profiter de l'état d'anesthésie dans lequel se trouve le malade et de l'accès facile de l'attique pour y pratiquer un curettage minutieux de ses parois.

Le mur de la logette en particulier nous semble devoir attirer l'attention. L'érosion de son bord coïncide si fréquemment avec l'ulcération de la membrane de Shrapnell, que Walb est allé jusqu'à en faire le foyer initial de la suppuration.

Cette opinion est certainement exagérée, mais il n'en reste pas moins vrai que le traitement de ce point de carie est le complément nécessaire de celui de la perforation.

Quelques coups de curette suffisent le plus souvent pour faire disparaître cet effritement de la margelle tympanique, et l'abrasion du mur de la logette ne nous semble pas avoir d'indications précises. Il est indispensable de faire suivre cette manœuvre d'une irrigation forte à l'eau oxygénée (12 vol.) et de terminer après badigeonnage au chlorure de zinc en faisant à fond un pansement sec à la poudre et à la gaze iodoformée.

L'atticotomie seule a le double inconvénient d'exposer (quand elle réussit) au rétrécissement du conduit auditif et de rester très souvent insuffisante.

Stacke lui même qui fut le premier à proposer cette opération sans pratiquer en même temps l'ouverture de l'antré, reconnaît, n'avoir pu que deux fois sur trente-trois cas s'en tenir à elle seule. Lubet Barbon et Broca (Suppl. de l'apophyse mastoïde et leur traitement, p. 229) citent aussi le cas d'une jeune fille de 15 ans qui, opérée d'une simple attricotomie le 21 avril 1894, dut subir trois mois après la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Nous relevons enfin dans l'ouvrage du Docteur Mignon (complications septiques des otites moyennes suppurées) un aveu non moins décourageant, et nous ne saurions mieux faire pour terminer que de citer le dilemme dans lequel l'auteur s'enferme au sujet de l'abrasion du mur de la logette: « ou les lésions de l'attique ne sont pas très avancées, et on peut en obtenir la guérison par l'ablation des osselets et des irrigations ascendantes — ou l'attique présente des fongosités persistantes, des sécrétions grasses de l'ostéite et alors tout l'étage supérieur de la caisse est pris, ce qui nécessite l'ouverture totale du recessus épitympanique. »



Suites opératoires

Lorsque le curettage de la caisse ou l'ablation des deux premiers osselets a été effectué, le malade doit être l'objet d'une surveillance toute particulière ; l'otologiste doit porter un soin scrupuleux à maintenir la désinfection de la cavité opérée et cela par un drainage spécial à l'aide d'une longue mèche de gaze absorbante.

Immédiatement après l'opération, on insuffle dans le foyer cautérisé au chlorure de zinc une petite quantité de poudre d'iodoforme tandis qu'une longue mèche de gaze introduite à l'aide d'une mince pince coudée jusqu'au fond de la caisse assure l'élimination ininterrompue de la sécrétion inflammatoire.

Cette méthode de tamponnement est excellente quand elle est pratiquée régulièrement par une main exercée et suivant toutes les règles de l'antisepsie — après quelques jours on pourra substituer à la poudre et à la gaze iodoformée l'acide borique finement pulvérisé et la gaze au traumatol qui n'a ni l'odeur désagréable ni les effets irritants de l'iodoforme sur la

peau. Les bons effets de ce pansement ne doivent pas nous rendre exclusifs et nous faire systématiquement rejeter les lavages ; l'eau oxygénée, après l'ablation de la gaze constitue une irrigation détersive des meilleures et contribue activement à l'accélération de la guérison.

Sous l'influence de ces pansements répétés, la surface osseuse curettée se recouvre de granulations de bonne nature, d'une teinte rouge vif, et siège d'une sécrétion purulente modérée. Ici nous ne saurions trop insister sur le conseil que nous a si souvent donné notre maître le D^r Luc ; ces granulations doivent être respectées, c'est à tort qu'on s'imagine devoir les toucher avec divers agents caustiques ; elles préparent la formation d'un tissu cicatriciel blanchâtre qui peu à peu va se substituer à elles. En même temps on augurera bien de ce fait que la gaze retirée est sans odeur, de moins en moins imbibée tout en ne laissant derrière elle aucune stagnation de pus. Enfin, on pourra considérer comme indice d'une guérison proche sinon réalisée, les démangeaisons du conduit, la persistance à l'état de poudre de l'acide borique insufflé, ainsi que la crépitation toute particulière produite par la gaze retirée du fond du conduit auquel elle adhère.

A côté de cette marche favorable, qui à de rares exceptions conduit à la guérison dans un délai de cinq à six semaines, il est des cas, où la suppuration reste

tenace et fétide, en même temps que les fongosités d'un mauvais aspect tendent à se reproduire. On est alors en présence d'un faisceau de preuves qui nous permet de conclure à la participation des cavités accessoires de la caisse, à l'ostéite fongueuse et nous autorise à reculer par une ouverture large rétro-auriculaire les limites de nos moyens d'action sur le foyer suppuratif, (obs. VIII).

Si, pour compléter cette étude, nous envisageons les résultats fonctionnels de cette intervention, nous voyons qu'ils ne sont pas moins encourageants, une statistique, publiée en 1891, par le D^r Ludwig (de Halles), nous montre sur vingt-huit opérés; neuf fois, l'absence de modification de l'ouïe, seize fois une amélioration, et trois fois seulement une aggravation de cette fonction.

On comprendrait dès lors difficilement comment l'otologiste se laisserait arrêter par cette considération.

La question de la fonction auditive est aujourd'hui nettement tranchée. Si, à l'état normal, la disparition des deux premiers osselets, dont le rôle est indiscutable dans la transmission des ondes sonores, amène un affaiblissement de l'ouïe, il est bien prouvé aussi, qu'à l'état pathologique, les osselets ne font que desservir cette fonction par le fait même qu'ils sont, par un processus inflammatoire prolongé, immobilisés et altérés dans leur position et dans leur forme.

OBSERVATIONS

Les observations qui suivent sont inédites et ont été recueillies soit à la clinique du Dr Luc, soit à l'hôpital Saint-Joseph dans le service du Dr Châtelier.

OBSERVATION I

Mlle F. D..., 15 ans, se présente pour la première fois, en février 1897, à la clinique du Dr Luc.

Depuis l'âge de deux ans, suppuration de l'oreille droite. Les lavages boriqués restent sans succès, et en présence des fongosités éparses qui tapissent le fond de la caisse, le curetage s'impose.

A la suite de cette intervention pratiquée avec anesthésie locale (chlorhydrate de cocaïne au 1/3) l'écoulement disparaît, mais aux premiers froids, en octobre 1897, nouvelle suppuration.

Les lavages pratiqués à l'aide de la canule de Hartmann, restent sans résultat et montrent que le pus vient de l'attique. Une large perforation embrassant dans sa concavité le manche

du marteau laisse passer un volumineux polype, qui est enlevé le 2 novembre.

La suppuration persiste fétide, mais sans douleur.

Le 10 novembre, ablation des deux premiers osselets après cocaïnisation. Le marteau et l'enclume sont cariés.

Après un curetage des parois, badigeonnage au chlorure de zinc et pansement à la gaze iodoformée.

A la suite de l'opération, aucune douleur. Pas de vertige.

Les quinze premiers jours, la malade vient régulièrement chaque matin faire changer son pansement. La gaze est de moins en moins imprégnée. Dès le cinquième jour, on substitue à la gaze et à la poudre d'iodoformée, l'acide boriqué pulvérisé et la gaze au traumatol.

Le 2 janvier, la suppuration est tarie, et le fond de la caisse s'épidermise.

Le 28. Guérison maintenue. Un épiderme blanc nacré, solide et sec a remplacé l'aspect fongueux du débris.

L'audition reste la même qu'avant l'intervention. Montre entendue à 0,04 cent.

OBSERVATION II

M. B..., 34 ans, fut pris il y a environ dix-huit mois, sans cause apparente, d'une suppuration de l'oreille gauche.

L'écoulement très léger durait depuis deux mois quand il se présenta chez son médecin, le Dr C. qui lui enleva de l'oreille plusieurs polypes.

A la suite de cette intervention, la suppuration disparaît, mais pour recommencer trois mois plus tard. Lavages bori-

qués pendant sept ou huit mois, mais en présence de la ténacité de l'écoulement toujours fétide, le malade se présente en novembre 1898 à la clinique du Dr Luc.

Suintement. Pas de douleur. Bourdonnements. A l'examen otoscopique : perforation assez grande dans le segment postérieure du tympan, remontant en haut vers l'attique et laissant voir un manche de marteau épaissi.

Le 6 novembre. Ablation du marteau et de l'enclume après cocaïnisation, le premier osselet est carié. Curettage de la caisse, badigeonnage au chlorure de zinc 1/5. Après un lavage à l'eau oxygénée (12 vol.) et une insufflation de poudre d'iodoforme, une longue mèche de gaze est introduite jusqu'au fond de l'oreille.

Dès le lendemain, violents vertiges qui retiennent le malade au lit, mais disparaissent d'eux-mêmes par le repos.

Au début le pansement est renouvelé presque tous les jours.

Le 16 novembre les vertiges sont très atténués : le malade se rend de lui-même à la clinique, et à partir de ce jour les pansements plus espacés sont faits avec l'acide borique et la gaze au traumatol.

Changée environ trois fois par semaine la mèche est peu imbibée et le 5 janvier la suppuration est insignifiante.

Le 20 janvier la guérison peut être considérée comme très proche, la gaze est à peine humectée à son extrémité, le fond de la caisse commence à s'épidermiser.

Le 24 janvier. Suppuration tarie.

OBSERVATION III

C. B... 25 ans, fut pris il y a quatre ans, sans cause apparente d'une suppuration de l'oreille droite. Soigné à la clinique du Docteur Luc, il put, trois mois après repartir guéri.

Dans les premiers jours du mois de décembre 1898, nouvel écoulement de l'oreille droite à la suite de douleurs très vives durant toute une nuit.

Dès le lendemain le malade se présente de nouveau à la clinique. Les douleurs ont disparu mais la suppuration est abondante et fétide.

A l'examen on constate une perforation postéro-supérieure avec un manche de marteau couché, adhérent au promontoire et dénudé. Pas de polype.

Le lavage avec canule de Hartmann montre localisation de suppuration dans l'attique.

Le 12 décembre, ablation du marteau et de l'enclume avec anesthésie locale. Ce dernier osselet seul est carié, sa longue branche est même détruite.

Curettage. — Lavage à l'eau oxygénée, badigeonnage au chlorure de zinc et tamponnement à fond avec la gaze iodoformée.

Les suites de l'intervention sont bonnes. Plus de douleurs; pas de vertige.

Le malade qui au début venait régulièrement faire changer son pansement, retarde sa guérison par la négligence qu'il porte depuis le 10 janvier environ, à se faire traiter.

Le 24 janvier, la gaze au traumatol est encore légèrement imbibée à son extrémité, le fond de la caisse se recouvre de petits bourgeons et le 29 la mèche non humectée est

enlevée et laisse voir des traînées blanchâtres caractéristiques du début de l'épidermisation.

OBSERVATION IV

(Résumée. — Luc)

M. B... 6 ans.

Otorrhée droite depuis l'âge de vingt mois.

Suite de coqueluche.

Vue pour la première fois en mars 1898.

Perforation circum. martellaire. Pas de polype.

En dépit de pansements fréquents et réguliers la suppuration persiste.

En avril 1898. Ablation du marteau et de l'enclume tous deux cariés.

Trois semaines après, cessation de l'écoulement qui réapparaît en août.

En octobre, on découvre tout à fait à la partie antérieure de la caisse un petit foyer qui entretient la suppuration.

Curettage. — Tamponnements à fond avec gaze au traumatol. — Guérison.

OBSERVATION V

L... 5 ans.

Otorrhée gauche à la suite de rougeole.

Pendant deux mois la suppuration persiste malgré lavages et pansements antiseptiques fréquents.

Large perforation entourant le manche du marteau qui paraît dénudé.

En novembre 1898. Ablation du marteau et de l'enclume après anesthésie avec le chloroforme.

Curettage et badigeonnage au chlorure de zinc.

Les pansements à l'iodoforme tout d'abord, puis à l'acide borique quelques jours plus tard sont très souvent renouvelés.

Pendant environ un mois la guérison est retardée par une sécrétion abondante visqueuse, filante, analogue à celle que l'on remarque dans le catarrhe aigu.

Au commencement de janvier 1899 la gaze est beaucoup moins imbibée ; le fond de la caisse se recouvre de petits bourgeons charnus de bon augure.

24 janvier. L'écoulement est considérablement diminué mais le malade est encore en traitement.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. Violet, interne du Dr Chatellier

L... V..., 24 ans, se présente, le 4 janvier 1897, à l'Hôpital Saint-Joseph, à la Clinique du Dr Châtellier.

Otorrhée ancienne avec perforation de membrane de Shrapnell dans chaque oreille. Lavages avec canule de Hartmann. Glycérine phéniquée.

Après une absence de quinze à vingt jours, la malade revient, se plaignant de douleurs de tête et derrière l'oreille. Le lavage de Hartmann ramène du côté gauche du pus concreté, tandis qu'à droite on enlève un polype.

Le 3 février. Extraction du marteau à droite. Le lavage

de l'attique donne issue à des masses cholesteatomateuses. Jusqu'au 17, la malade allait bien, mais à partir de ce jour, elle se plaint de douleurs de tête du côté correspondant à l'oreille opérée. Insomnies. Pointe d'apophyse mastoïde douloureuse.

Le 20 février. Depuis le dix-sept, la malade a conservé de la glace autour de l'oreille, et les lavages de l'attique ont été pratiqués chaque jour. Les douleurs sont moins vives ; la pression sur l'apophyse est peu sensible, bien que la malade ait pu seulement la nuit dernière se reposer.

Le long du sterno-cléido-mastoïdien, très bas au niveau du cou, on remarque la présence d'un ganglion douloureux de la grosseur d'une petite amande.

Le 22 février. Ganglion très diminué et la région voisine qui était endolorie ces jours-ci, ne l'est plus. L'apophyse mastoïde est très peu douloureuse et du côté opéré l'audition de la montre est améliorée.

Le 24 février. Quantité insignifiante de pus, mais gonflement, œdème péri-malléolaire externe du pied gauche survenu sans cause appréciable et coïncinant avec la diminution du ganglion du cou.

5 mars. Œdème malléolaire très diminué sous l'influence d'un bandage serré, bain de sublimé et repos.

12 mars. Suppuration de l'oreille tarie. La membrane qui avait été sectionnée parallèlement au manche du marteau et dont on avait conservé les parties périphériques, s'est reformée en laissant voir une cicatrice au niveau du manche et une petite perforation dans la membrane flaccide.

Voix basse entendue à 1 m. 25. La montre, qui ne l'était pas autrefois, l'est maintenant au contact.

La malade a refusé toute opération sur l'oreille gauche.

OBSERVATION VII

Due à M. Violet

S... A..., 14 ans,

Perforation du tympan gauche. Soigné sans succès, il y a 4 ans, avec injections boriquées, salol, iodoforme.

Traité depuis un mois et demi par un médecin spécialiste de Caen, avec la glycérine phéniquée et la teinture d'iode, le malade vint à Paris et se présente, en décembre 1897, à la Clinique du Dr Châtellier.

Suppuration abondante avec perforation occupant la moitié postérieure du tympan. On voit en outre en avant du manche du marteau adhérent au promontoire un enfoncement, et au niveau de la membrane flaccide, une muqueuse amincie, bourgeonnante, masquant très probablement une petite perforation.

Montre entendue à 0,03 cent. à gauche et à 0,30 cent. à droite.

Le 29 décembre 1897. Extraction du marteau.

Les suites de l'intervention sont bonnes ; on fait tout d'abord de fréquents lavages (V. Swieten) et c'est seulement au début de février que sont commencés les pansements secs. Depuis le 1^{er} mars, ces derniers sont renouvelés régulièrement chaque matin et le 21 mars, l'acide borique reste pulvérisé, bien que n'ayant pas été changé depuis huit jours.

27 juin. Fond de caisse sec et recouvert d'un épiderme solide ; guérison maintenue.

OBSERVATION VIII

(Résumée. — Due à M. Violet).

V... J., 17 ans.

Tympan droit totalement détruit, manche de marteau adhérent au promontoire.

Suppuration ancienne et peu intense.

8 décembre 1897. — Ablation du marteau.

Les jours suivants le pansement est fait très régulièrement et le 21 décembre la mèche de gaze est encore imbibée sur une longueur de deux centimètres.

26 décembre. — Suppuration persiste.

5 mars. — Là malade raconte que depuis un mois elle éprouve parfois des douleurs en même temps que l'écoulement s'arrête.

Depuis une dizaine de jours ; *vertiges, nausées, légers frissons*. Douleur à la pointe de l'apophyse mastoïde. Température 37°, soir 37,4. Pupilles égales réagissant bien. Pas de paralysie oculaire.

8 mars. — Trépanation de l'apophyse mastoïde.

Apophyse ébûrnée, pas de pus. Mise à nu de dure-mère. et de sinus latéral.

Le stacke est alors entrepris par la caisse, on laisse de côté la paroi externe de l'aditus on fait sauter le toit de la caisse. Dure-mère mise à nu : pas de pus.

9 mars. — La malade a dormi et n'éprouve aucune douleur dans son oreille. Plus de frisson, plus de nausée. Pas de paralysie faciale.

10 mars. — Alternatives de calme et de douleurs. Parfois fièvre et nausées.

14 mars. — Premier pansement. La mèche de gaze iodoformée est imbibée sur une longueur de deux centimètres. Jusqu'au 13 avril tantôt la malade semble aller mieux, tantôt au contraire elle se plaint de douleurs accompagnées de fièvre.

Le pansement est renouvelé fréquemment avec une antiseptie et un soin minutieux.

Le 17 avril, l'extrémité de la mèche est à peine imbibée. Le pronostic est bon.

Le premier mai 1898. — La malade quitte l'hôpital Saint-Joseph. Son pansement à la poudre par la gaze iodoformée est presque sec.

En juillet la malade se retire complètement guérie et revue le 24 janvier 1899, la guérison est maintenue.

Le docteur Mignon, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a publié (1) cinq observations d'ablation d'osselet.

Deux nous ont paru intéressantes pour notre thèse, nous les reproduisons *in extenso*. Quant aux autres, elles ont été suivies de guérison, sauf une, dont l'échec a servi d'indication pour l'ouverture large de l'antre et de l'attique par voie rétro-auriculaire.

OBSERVATION IX

P... A..., 20 ans, otorrhée droite datant de 15 ans².

(1) Complications septiques des otites moyennes supprimées, 1898.

Surdité complète à droite.

Large échancrure cordiforme du tympan avec petit polype implanté sur le manche du marteau.

Le 12 juillet, nous essayons d'enlever les osselets, le manche du marteau ne peut être saisi dans l'anse du polypotôme, et nous nous servons d'une pince, avec laquelle nous finissons, à l'aide de tractions et de quelques petits mouvements de latéralité, par amener un marteau noir et perforé de petits trous. Le crochet de Ludwig introduit plusieurs fois dans l'attique ne ramène pas l'enclume que nous avons supposée avoir été éliminée par la suppuration.

Pendant la manœuvre du crochet, P. a éprouvé une douleur très vive dans la tête.

Après l'opération, aucune douleur, les tampons de la caisse s'emprennent d'une très faible sécrétion, purulente, jaunâtre. Le contact des tampons sur la paroi labyrinthique est assez douloureux.

Lavages de la caisse tous les trois jours : l'irrigation fait descendre de l'attique de petits grumeaux jaunâtres.

Nous avons continué notre traitement jusqu'au 11 août, moment où la malade a quitté l'hôpital. Il y avait encore un peu de suintement.

OBSERVATION X

D..., écoulement de l'oreille droite depuis l'âge de 6 ans.

Large perforation retro-martellaire avec petit polype au-dessous du bord supérieur de la perforation, montre au contact.

7 août 1895. après deux incisions parallèles au montre du

marteau, nous saisissons et nous ramenons le marteau avec une pince: le col de l'osselet présente des lésions de carie assez avancées (petite excavation); pas d'enclume, grattage à la curette des parties accessibles de la caisse et surtout de la paroi labyrinthique.

Au réveil, *paralysie faciale* :

Cette paralysie nous a plus occupé que l'oreille.

Elle a été complète.

A la sortie du malade, le 15 octobre 1895, l'oreille moyenne avait des parois roses et lisses. Le suintement était insignifiant; mais la paralysie faciale persistait.



CONCLUSIONS

En présence d'une oreille qui suppure, l'otologiste devra tout d'abord par un examen otoscopique minutieux se rendre un compte aussi exact que possible de la nature et du siège des lésions qui l'engendrent. De cet examen approfondi, il tirera des nuances de pronostic, d'où une thérapeutique rationnelle et par suite efficace.

Graduant son traitement d'après le degré des lésions et allant des plus superficielles aux plus profondes, il opposera à l'infiltration septique légère une antiseptie rigoureuse et un drainage facile, aux fongosités l'action de la curette, enfin à l'ostéite des osselets : l'ablation du marteau et de l'enclume.

Le curettage de la caisse sera exécuté non plus avec le serre-nœud, le galvano-cautère ou des caustiques chimiques, moyens souvent incomplets et parfois dangereux, mais avec des curettes fines plus ou moins coudées suivant la région à atteindre. Leur maniement délicat exige une légèreté de main qui

s'acquiert rapidement mais l'intervention est douloureuse et nécessite l'anesthésie locale.

Dans la série des opérations plus étendues et plus sérieuses l'ablation des deux premiers osselets marque une première étape vers la conquête d'un résultat radical. C'est à elle qu'il est sage de s'adresser à titre de première tentative opératoire en dehors de certains signes indiquant nettement la participation des cavités accessoires de la caisse au processus suppuratif.

Ses avantages sont nombreux ;

Elle répond pour le patient à un traumatisme relativement léger et l'anesthésie locale est parfois suffisante, (Chl. de coc. 1/3).

Réalisant en outre les deux grands principes qui président à la guérison de toute otorrhée, par l'ablation du marteau et de l'enclume elle s'attaque à la cause même de l'écoulement, en même temps qu'elle simplifie le drainage du pus par la transformation en une cavité unique d'une loge multiloculaire.

Ses résultats fonctionnels ne sont pas moins encourageants et les statistiques nous montrent que l'audition rarement diminuée, reste parfois ce qu'elle était avant l'intervention et est souvent améliorée.

L'otologiste serait donc coupable de refuser au malade une opération qui a l'avantage, sinon de tarir toutes les suppurations, du moins d'en conjurer les accidents immédiats, et de rester toujours par son

échec même, une indication précieuse pour une intervention plus radicale : l'ouverture large de la caisse et de ses annexes par voie rétro-auriculaire.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hartmann. — Maladies de l'oreille. Trad. de Potiquet, 1890.

Mignon. — Complications septiques des otites moyennes suppurées, 1898.

G. Ferreri. — Sur l'extraction du marteau et de l'enclume dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. Annales des malad. de l'orei. et du larynx, p. 654, année 1898.

Weissemann. — Suppurations de l'attique. Thèse de Paris, 1893.

Marlière. — Causes de la durée et de la chronicité de l'otite moyenne. Thèse Paris 1896.

Millet. — Thèse Paris 1898. L'apophyse mastoïde chez l'enfant.

Lubet, Barbon et Broca. — Traitement des supp. de l'apoph. mastoïde, 1895.

Raugé. — Traitement de l'otoorrhée. Sem. médicale, ann. 1896. 11 janvier 1896.

Politzer. — La dissection anatomique et histologique de l'organe auditif de l'état normal et pathologique, traduit par Schiffers.

Schmiegelow. — Anatomie de l'attique. Arch. of. otol. vol. 20, p. 248.

Bezold. — Traitement antiseptique des supp. de l'or. Arch. fur. Ohren. vol. XV, p. 10.

Kretschmann. — Arch. f. Ohren. 8. 25, p. 174.

Schwartze. — Affections de l'oreille.

Burnett. — Dix cas de supp. de l'attique traités par lavages et cautérisation au nitrate d'argent. American journal of. otolog. vol. 9, p. 80.

Kessel. — Extraction des osselets. Arch. f. Ohren. vol. 13, p. 69.

Ludwig. — De la carie de l'enclume et de son extraction. Arch. f. Ohren, vol. 29, p. 241.

Stacke. — Indications de l'ablation du marteau et de l'enclume. Arch. f. Ohren. vol. 31. p. 210.

Sexton. — L'oreille et ses maladies. New-York 88, p. 354.

Luc. — Deux cas de guérison de suppurat. chronique de la caisse à la suite de l'excision du marteau. Arch. inter. de Laryngologie. vol. 4, n° 5, p. 277.

Reinhart. — Excision du marteau et de l'enclume. Arch. f. Ohren. vol. 33, p. 110.

White. — The treatment of chronic otorrhœa (Brit. M. J. Lond. 1896, p. 269.

Pierce. — Ablation du marteau et de l'enclume dans l'otorrhée. New-York, med. Journal, 12 mars 1898.

Jamain et Terrier. — Pathologie et cliniques chirurgicales. Tome 11, p. 553.

W. Milligan. — Observations sur l'excision des ossè-

lets dans l'otite moyenne chroniq. suppurée (Brit. Med. Journ., 24 novemb. 1894).

Friedenwald. — Ablation des osselets de l'oreille (Med. Record, 21 mai 1898).

T. Barr. — Excision du marteau comme opération préliminaire à l'ouverture de l'antre dans les cas de suppuration de l'attique et de l'antre (Brit. Med. Journ., 24 novemb. 1894).

